

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Josué SIMHA

Né le 15 octobre 1909, à Jérusalem

Contribution à l'Étude
des
Labyrinthites diffuses précoces
consécutives aux Otites aiguës

Indications opératoires et Pronostic

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Josué SIMHA

Né le 15 octobre 1909, à Jérusalem

Contribution à l'Étude
des
Labyrinthites diffuses précoces
consécutives aux Otites aiguës

Indications opératoires et Pronostic

Président : M. LEMAITRE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	IANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	}	BASSET.	}
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

MM.	
ÉCALLE	}
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Que j'unis dans le même sentiment de profonde reconnaissance et d'amour filial.

A MES FRERES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur F. LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*Que nous remercions de l'honneur qu'il
nous fait, en acceptant la présidence de
notre thèse.*

A MES MAITRES A LA FACULTE

M. le Prof. ROUSSY.

» » » BRUMPT.

» » » RATHERY.

» » » CLERC.

» » » LENORMANT.

» » » BALTHAZAR.

» » » LOEPER.

» » » TANON.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

M. le Prof. GUILLAIN.

» » » PROUST (*in memoriam*).

» » » BRINDEAU.

» » » LEGUEU.

» » » TERRIEN.

» » » agrégé SÉZARY.

» » » agrégé WEILL-HALLÉ.

» » D^r Louis RAMOND.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A M. LE D^r A. HAUTANT

Laryngologiste de l'Hôpital Tenon

*En témoignage de notre gratitude et vive
reconnaissance des enseignements recueil-
lis dans son Service.*

A M. LE D^r M. OMBREDANNE

Laryngologiste des Hôpitaux

*Que nous remercions de ses conseils au
cours de l'élaboration de ce travail.*

A M. LE D^r AUBRY

Laryngologiste des Hôpitaux

Hommage de profonde gratitude.

A M. LE D^r A. KLOTZ

Assistant à la consultation d'O.-R.-L.
à l'Hôpital Tenon.

*En remerciement du sujet de cette thèse
qu'il nous a inspiré et de ses conseils.*

Contribution à l'Etude
des Labyrinthites diffuses précoces
consécutives aux Otites aiguës
Indications opératoires et Pronostic

INTRODUCTION

L'envahissement de l'oreille interne au cours des suppurations de l'oreille n'est pas un fait exceptionnel. D'après la statistique d'Hautant en accord de l'opinion d'Hinsberg et Frederich il se produit dans 1 % des cas des suppurations de l'oreille.

Cette labyrinthite otogène est consécutive soit à une otite aiguë, soit à une otite chronique. A la suite des otites aiguës la complication labyrinthique peut être précoce ou tardive. Nous allons essayer de fournir dans ce travail, à l'aide des quatre observations, une contribution à l'étude des labyrinthites précoces consécutives aux otites aiguës. Nous examinerons spécialement le pronostic et les indications opératoires de cette affection. Nous allons pour commencer rappeler brièvement quelques généralités concernant les labyrinthites otogènes en général.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LES LABYRINTHITES

CONSÉCUTIVES AUX OTITES AIGUES.

La labyrinthite otogène est caractérisée anatomiquement par l'inflammation plus ou moins étendue et profonde de l'oreille interne, au point de vue clinique par une altération des fonctions plus ou moins profondes du labyrinthe cochléaire et vestibulaire.

Les signes subjectifs sont surtout les vertiges accompagnés ou non de nausées et de vomissements, des troubles de l'équilibre.

Les signes objectifs sont décelés par l'examen fonctionnel du labyrinthe.

Examen du labyrinthe antérieur ou épreuves de l'audition, épreuves acoumétriques.

Examen du labyrinthe postérieur ou épreuves vestibulaires, qui comportent la recherche des signes spontanés (nystagmus, déviation, etc.), et les épreuves instrumentales (calorique, rotatoire et voltaïque). Trahissant l'atteinte du labyrinthe vestibulaire, les signes cochléaires : surdité et bourdonnements passent plus ou moins inaperçus, étant donné les symptômes analogues, produit par l'otite moyenne.

On a adopté, pour la classification des labyrinthites, soit le point de vue anatomique, soit le point de vue clinique.

Nous verrons par la suite les difficultés que rencontre en pratique la classification anatomique. C'est pourquoi la classification clinique est en France actuellement couramment utilisée en pratique.

I. — *Formes anatomiques*

1° Suivant l'extension du processus inflammatoire.

A. — Labyrinthite circonscrite.

B. — Labyrinthite diffuse.

2° Suivant la nature du processus inflammatoire.

A. — Labyrinthite séreuse.

B. — Labyrinthite suppurée.

C. — Labyrinthite nécrosante.

II. — *Formes cliniques.*

1° Suivant le degré de l'atteinte labyrinthique.

A. — Labyrinthite incomplète.

B. — Labyrinthite complète.

2° Suivant la date d'apparition.

A. — Labyrinthite précoce (survenant au premier septenaire).

B. — Labyrinthite tardive (survenant plus tard).

*
* *

Nous allons dire quelques mots sur chacune de ces formes.

Labyrinthite circonscrite aiguë (incomplète). —

La labyrinthite circonscrite frappe une partie du labyrinthe, les canaux semi-circulaires et laisse intact le limaçon. Cette forme nous paraît paradoxale puisque toutes les parties du labyrinthe baignent dans un même liquide, le périlymphe, et renferment le même liquide, l'endolymphe. Le plus souvent cette forme est le début d'une labyrinthite diffuse. Cela s'explique par un processus infectieux très atténué qui atteint par une simple inflammation congestive, les canaux semi-circulaires. Il y a une altération du nerf vestibulaire sans paralysie complète de ce nerf. Cette forme ne présente pas de danger tant qu'elle reste dans cet état.

Labyrinthite diffuse aiguë (complète). — L'infection se propage dans tout le labyrinthe, se caractérise

par la diminution ou l'abolition de toutes les fonctions du labyrinthe. Il y a à la fois des troubles cochléo-vestibulaires, qui se traduisent par des vertiges violents, vomissements, troubles de l'équilibre, nystagmus spontané et surdité qui peut être complète. Cette forme diffuse peut se compliquer par des accidents endocraniens.

Labyrinthite diffuse suppurée. — Dans la laby-

rinthite suppurée, il y a non seulement une inflammation de la muqueuse avec un exsudat séreux. L'infection a gagné plus profondément, il y a un processus suppuratif qui tend à inonder le labyrinthe d'un exsudat purulent dans lequel baignent des dé-

bris du labyrinthe membraneux produits par la nécrose des parties molles.

Cette forme est caractérisée par l'existence, au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée ou se déclarant en même temps que l'otite, de symptômes labyrinthiques (vertiges, vomissements, nystagmus) avec la suppression de toutes les fonctions de cet organe.

Ces labyrinthites suppurées surviennent, soit au cours des labyrinthites circonscrites ou diffuses séreuses, soit d'une façon primitive. Dans ce dernier cas la suppuration labyrinthique peut être d'origine hémotogène (Zange), mais le plus souvent est causée par l'ouverture dans le labyrinthe d'une collection suppurée de voisinage, comme par exemple de cellules périlabyrinthiques et surtout de la caisse du tympan.

Lorsque la labyrinthique diffuse suppurée succède à une labyrinthite diffuse séreuse, le tableau clinique est habituellement beaucoup plus discret que lorsqu'elle vient frapper un organe encore intact.

Ou bien les symptômes d'une labyrinthite séreuse persistent encore au moment où la suppuration apparaît, ou bien quand la labyrinthite séreuse a déjà rétrogradé, mais elle a atteint le labyrinthe de telle façon qu'il ne réagit plus aux nouvelles attaques. La labyrinthite diffuse suppurée peut guérir spontanément, au point de vue processus infectieux, mais laisse une destruction définitive de l'organe auditif.

Elle peut se compliquer d'une méningite, mais

plus fréquemment de la phase aiguë elle passe à la phase chronique.

Labyrinthite diffuse séreuse. — Il se produit un exsudat séreux à caractère inflammatoire amicrobien dans le labyrinthe. Cette forme de labyrinthite survient par suite de la pression sous-tension de liquide dans l'oreille moyenne; le liquide pathologique contenu dans la caisse du tympan est insuffisamment drainé, ce qui facilite la propagation de l'inflammation à travers les fenêtres de l'oreille interne. Des facteurs prédisposants peuvent se surajouter, résistance plus faible à l'infection de la muqueuse labyrinthique et le manque de résistance générale.

Cette labyrinthite séreuse se traduit souvent par la paralysie partielle vestibulo-cochléaire, mais cette paralysie peut dans certains cas être complète. Toujours, dans cette forme, il y a *restitutio ad integrum* au bout d'un certain temps.

Malgré le perfectionnement du diagnostic labyrinthique, il nous est impossible cliniquement de poser un diagnostic ferme de labyrinthite séreuse.

D'après certains auteurs, Ruttin, la labyrinthite séreuse survient pendant le stade séreux de l'otite aiguë. Zange n'est pas d'accord avec cette idée et conteste que les labyrinthites survenant à la suite d'une otite séreuse, soient toujours séreuses. On peut voir des labyrinthites diffuses suppurées ou même nécrosantes venir compliquer les otites séreuses.

C'est pourquoi Ramadier distingue, d'un point

de vue purement clinique les labyrinthites précoces et les labyrinthites tardives. Dans des travaux récents il a cherché à établir les caractères propres de ces deux formes, leur pronostic et leur traitement.

Labyrinthite tardive de l'otite aiguë. — Elle apparaît après le premier septenaire, dans la phase avancée de l'otite aiguë. Elle est due à une propagation microbienne de l'oreille moyenne à l'oreille interne. Etant donné le danger que de l'oreille interne cette infection gagne les espaces sous-arachnoïdiens, le pronostic de cette forme est grave. Elle peut être d'abord circonscrite (incomplète) et se transformer plus tard en labyrinthite diffuse (complète). La labyrinthite diffuse peut se déclarer d'emblée, quelquefois on peut voir se produire une méningite qui brûle toutes ces étapes. Il est plus fréquent de voir des cas mortels dans la labyrinthite tardive que dans la labyrinthite précoce. La labyrinthite tardive est mortelle dans 2/3 des cas si elle est diffuse (Ramadier) et la forme circonscrite n'évolue pas toujours vers la guérison.

Labyrinthite précoce de l'otite aiguë (1^{er} septenaire). — Cette forme de labyrinthite précoce apparaît au début de l'otite aiguë dans la première semaine, quelquefois en même temps que l'otite aiguë. La labyrinthite précoce est due souvent à un processus fluxionnaire (labyrinthite séreuse). D'après Ramadier, dans la forme la plus grave et la plus diffuse (complète), « elle n'aboutit à la méningite que dans un cinquième des cas environ ».

Elle est donc beaucoup moins grave que la labyrinthite tardive. Nous en discuterons dans les chapitres suivants, les indications opératoires et le pronostic.

CHAPITRE II

A. — INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES LABYRINTHITES PRÉCOCES DIFFUSES.

1° *La paracentèse.* — Tout le monde est d'accord pour cette intervention. En plus de ses indications habituelles au cours des otomastoïdites non compliquées il y a lieu de la pratiquer immédiatement et largement dès l'apparition de signes labyrinthiques, afin de décompresser le plus possible et le plus rapidement possible par cette voie l'oreille moyenne.

2° *La trépanation mastoïdienne* (antrotomie ou mastoïdectomie). — Si les symptômes labyrinthiques ne retrocèdent pas rapidement, en l'espace de 24 à 48 heures, Ramadier conseille, soit la *mastoïdectomie* s'il existe en même temps des signes de mastoïdite, soit l'*antrotomie* simple, quand il n'y a pas de lésions dans la mastoïde, pour faciliter le drainage qui n'est pas suffisant par la paracentèse. Il conseille de pratiquer cette opération avec le plus de douceur possible, en ébranlant l'os le moins possible. Il rejette la trépanation pétromastoïdienne, bien que le drainage est supérieur parce qu'il pense qu'on peut donner un coup de fouet aux lésions de l'oreille interne par cette

intervention qui touche le voisinage immédiat du labyrinthe. Des auteurs, comme Ruttin et Zange, sont d'avis qu'il ne faut pas toucher à la mastoïde sans ouvrir le labyrinthe parce qu'ils craignent que cette intervention pourrait elle aussi entraîner des complications post-opératoires (méningite).

3° *Trépanation labyrinthique.* — Ruttin et Zange conseillent la trépanation labyrinthique en cas de labyrinthite suppurée avec abolition des fonctions cochléo-vestibulaires. D'après Ruttin la preuve serait faite qu'il s'agit de labyrinthite suppurée si la labyrinthite survient à un moment où l'exsudat de l'oreille moyenne est déjà purulent. Dans les labyrinthites séreuses on peut se contenter du traitement médical et de la paracentèse. Si une opération de la mastoïde est nécessaire, ils conseillent de trépaner le labyrinthe en même temps.

Lund, Kopetzky et Almour se basent sur les modifications à l'examen de L. C. R. pour intervenir sur le labyrinthe. Tant que le L. C. R. est normal ils évitent cette opération.

4° *Traitement conservateur.* — Le traitement conservateur est appliqué lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas indiquée. Il consiste : repos au lit, bains d'oreilles à l'eau oxygénée ou alcool boriqué, pour tarir la sécrétion de l'oreille moyenne; compresses chaudes sur la région auriculo-mastoïdienne, alimentation liquide, morphine, adrénaline, etc., en cas de vertiges.

Discussion. — Etant donné la difficulté d'une part de faire le diagnostic différentiel certain entre la labyrinthite séreuse et la labyrinthite suppurée précoce, la différence de pronostic vital, d'autre part des labyrinthites précoces et des labyrinthites tardives; nous nous bornerons avec Ramadier pour l'indication de la trépanation labyrinthique :

- 1) Sur le caractère précoce de l'otite interne.
- 2) Sur l'abolition des fonctions cochléo-vestibulaires.

Lorsque ces dernières ne sont pas profondément touchées, tous les auteurs sont d'accord pour ne pas ouvrir l'oreille interne. Lorsque ces fonctions sont abolies ou à peu près abolies, contrairement aux auteurs allemands, plus interventionnistes, Ramadier conseille également l'abstention en cas de labyrinthite précoce, à moins qu'il n'y ait une tendance à la propagation vers les méninges. Ce point de vue se justifie par le pronostic relativement bénin de cette forme de labyrinthite, bénignité due à la fréquence de sa nature séreuse. Dans la forme foudroyante, les méninges sont prises presque simultanément avec les cavités de l'oreille, et dans cette forme, la trépanation labyrinthique elle-même est inefficace.

Cette façon de faire, en dehors du danger éventuel, très réel en cas de labyrinthite séreuse, de propager aux méninges l'infection auriculaire, a l'avantage de ménager les fonctions auditives, définitivement détruites en cas de trépanation du labyrinthe. Dans nos

quatre observations, ce principe a été respecté et tous les quatre malades ont guéri.

Faut-il ou non faire l'antrotomie systématiquement? Ramadier est de cet avis. Sans vouloir définitivement trancher cette question, étant donné le nombre réduit de nos cas, nous attirons l'attention sur nos observations I et II, dans lesquelles, malgré une réaction mastoïdienne vive, aucune opération, en dehors de la paracentèse n'a été faite.

Deux fois, une symptomatologie mastoïdienne vive a donné lieu à une trépanation mastoïdienne le sixième jour (Observation III) et le quatrième jour (Observation IV) de l'otite.

Dans notre observation numéro IV, un évidemment a été fait, alors que les vertiges étaient arrêtés, en raison de la persistance de douleurs, l'écoulement et l'apparition d'une paralysie faciale. L'évidement pétro-mastoïdien a eu lieu cinq semaines après la trépanation mastoïdienne. Le D^r Ombredanne a préféré ne pas trépaner le labyrinthe à ce moment-là. Le malade a guéri, et l'audition est revenue partiellement.

B. — INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES AUTRES LABYRINTHITES CONSÉCUTIVES AUX OTITES AIGÜES.

1° *Labyrinthites précoces circonscrites* (incomplètes). — L'infection n'a touché qu'une partie du labyrinthe et les fonctions labyrinthiques sont conservées en partie. Pas d'indications opératoires dans cette forme, le traitement conservateur peut bien gué-

rir cette labyrinthite précoce circonscrite. Il ne faut ouvrir la mastoïde que s'il y a en même temps des signes qui indiquent l'atteinte de celle-ci et si le drainage du pus ne se fait pas d'une façon parfaite par la paracentèse.

2° *Les labyrinthites tardives.* — Ce sont les labyrinthites qui se déclarent dans la deuxième semaine, ou plus tard, après l'apparition de l'otite aiguë moyenne.

Elles se divisent en :

a) Labyrinthite tardive circonscrite (incomplète).

b) Labyrinthite tardive diffuse (complète).

a) *Labyrinthite tardive circonscrite.* — Cette forme de labyrinthite est le plus souvent bénigne, elle laisse intacte une partie des fonctions cochléo-vestibulaires. Mais quelquefois elle peut se transformer en labyrinthite tardive complète et même peut aboutir directement à la méningite.

Dans cette forme, il n'y a pas d'indications de la trépanation du labyrinthe. La mastoïdectomie ou l'antrotomie peuvent donner un bon résultat.

b) *Labyrinthite tardive diffuse.* — Il se produit soit une diminution progressive, en quelques jours, des fonctions cochléo-vestibulaires, soit une inexcitabilité complète d'emblée en un jour du labyrinthe.

Cette forme est beaucoup plus grave que la labyrinthite précoce diffuse « elle nous impose en principe la *trépanation labyrinthique* car abandonner à elle-même cette labyrinthite aboutit souvent à la méningite ».

CHAPITRE III

PRONOSTIC

A. — *Pronostic de la labyrinthite précoce diffuse.*

1° *Pronostic vital.* — Il est rare que la labyrinthite précoce diffuse mette la vie du malade en danger. En général elle retarde après une période de temps plus ou moins long, quinze à vingt jours. Sauf dans des cas spéciaux où l'état général du malade est mauvais, la labyrinthite vient compliquer cet état et diminue la résistance du malade. Presque 80 % des cas se terminent favorablement, après un traitement médical, paracentèse ou antrotomie (Ramadier).

2° *Pronostic fonctionnel.* — D'après Ramadier l'audition normale ne revient que dans un quart des cas à peine. Dans nos observations sur quatre cas que nous avons traités, trois ont retrouvé progressivement leur audition normale, ainsi que l'excitabilité calorique.

B. — *Pronostic des autres labyrinthites consécutives aux otites aiguës.*

1° *Pronostic de la labyrinthite précoce circonscrite.* — Le pronostic est bon dans cette forme de la-

byrinthite tant au point de vue vital que fonctionnel.

2° *Pronostic de la labyrinthite tardive circonscrite.* — Elle peut aboutir quelquefois à une labyrinthite tardive diffuse qui a souvent des conséquences graves par les complications endocraniennes qu'elle peut donner. Mais plus fréquemment elle reste à ce stade et guérit avec le traitement médical ou la trépanation mastoïdienne.

3° *Pronostic de la labyrinthite tardive diffuse.* — Le pronostic est mauvais dans la labyrinthite tardive diffuse, au point de vue vital et fonctionnel.

Elle met le malade en danger, car elle se complique souvent d'une méningite, dans les deux tiers des cas (Ramadier) si on n'intervient pas à temps sur le labyrinthe, d'autres fois elle passe au stade de labyrinthite chronique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par D^r A. Klotz. — Présentée à la Société de laryngologie, par D^r A. Hautant.)

M. H. P., âgé de 30 ans. — Il a été atteint, le 20 avril 1934, d'une otite aiguë droite, d'origine grippale.

J'ai vu le sujet pour la première fois le 22 avril, 48 heures après le début de la douleur auriculaire.

Il se plaignait de très fortes douleurs auriculaires et de vertiges de moyenne intensité.

La température rectale était à 40°5.

A l'examen : On constata un tympan droit bombant, une grosse réaction mastoïdienne et un nystagmus spontané du 2^e degré vers la gauche. Pas de réaction méningée cliniquement appréciable. Audition très fortement diminuée. La paracentèse immédiate fit rendre un pus abondant sous pression.

Le malade entra au service du D^r Hautant, à l'hôpital Tenon, le 25 avril.

Le lendemain de son admission dans le service, alors que l'oreille avait beaucoup coulé, les douleurs avaient légèrement diminué; les vertiges, par contre, étaient restés les mêmes. On constata que l'oreille droite était presque complètement sourde.

La voix haute et le diapason 435 étaient perçus difficilement, même placés devant le pavillon de l'oreille.

Le 435 n'était pas perçu par l'os; le 128 non perçu par l'air, paraissait l'être pendant 15 secondes par l'os.

Le Weber est cependant latéralisé à droite.

A l'épreuve calorique, le labyrinthe droit était inexcitable.

On n'obtient de réaction nette ni avec l'eau chaude, ni avec l'eau froide. Les larges irrigations ne provoquaient aucun vertige. Une ponction lombaire, pratiquée le 26 avril, montra un liquide normal.

En présence de cette labyrinthite aiguë précoce, malgré l'abolition presque totale de la fonction de l'oreille interne, on décida d'attendre et de s'abstenir de toute opération.

La fièvre baissa très rapidement, mais la sensibilité mastoïdienne, elle, disparut d'une façon très lente. L'écoulement resta abondant pendant deux semaines.

A partir du 28 avril (6^e jour de l'otite) le malade se plaignait, pendant une semaine, de maux de tête parfois très violents; lesquels s'accompagnaient parfois de ralentissement du pouls.

Aucune modification du fond de l'œil à l'examen des yeux.

Le 2 mai, un nouvel examen labyrinthique montra un nystagmus spontané, moins vif; l'excitabilité calorique était revenue à peu près normale, mais l'audition restait encore mauvaise. Pendant les jours suivants, l'ensemble des signes cliniques s'effaça progressivement.

Le 15 mai, le malade quittait le service avec un labyrinthe réagissant normalement, l'audition considérablement améliorée, la voix chuchotée était perçue à 20 cm.

de distance. Quelques semaines plus tard, l'audition est redevenue normale.

OBSERVATION II

(Communiquée par D^r A. Klotz.)

M^{me} M., âgée de 35 ans. — Rien à signaler de particulier du point de vue des antécédents. La malade n'a jamais souffert des oreilles.

Bonne santé habituelle.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Depuis le 4-2-32, coryza.

Début des douleurs d'oreilles le 6-2 des deux côtés.

Dès le début de ces douleurs vertiges très pénibles, rotatoires, forte instabilité. Les vertiges sont diminués par la position horizontale de la malade. Elle a quelques nausées et vomit une fois.

En même temps, assourdissement considérable avec bruits « en jet de vapeur » dans les oreilles. Elle présente des céphalées particulièrement vives dans la région frontale gauche.

Le 8-2, perforation spontanée du tympan à droite.

Le 9-2, la même chose se produit à gauche.

EXAMEN LE 9-2

Oreilles : écoulement profus et abondant, purulent des deux oreilles, avec perforation inférieure.

La mastoïde droite est sensible à la pression.

La malade a, en outre, une sinusite fronto-maxillaire aiguë gauche.

Audition : l'audition est fortement diminuée des deux côtés.

Elle n'entend que la voix haute.

Voix chuchotée — 0.

435 — 0 par voie aérienne et osseuse.

Examen de Romberg — forte instabilité.

Nystagmus horizontal vif dans les regards des deux côtés.

Epreuve calorique : absolument négative sur les deux oreilles.

Traitement. — Bains d'oreilles, compresses humides chaudes. Inhalations. Adrénaline 2×15 gouttes par jour.

Depuis la perforation, la malade souffre moins, les vertiges sont également un peu diminués.

Etat stationnaire pendant quatre jours.

Le 14-2, la malade se sent un peu mieux. Légère diminution de l'écoulement, la mastoïde est encore légèrement sensible à la pression. Nystagmus moins vif.

Le 16-2, amélioration persistante. Pas de vertiges, quelques secousses nystagmiques. Elle entend un peu mieux.

Le 21-2, écoulement très diminué.

Voix chuchotée — perçue des deux côtés.

Epreuve calorique — positive de deux côtés.

Le 5-3, oreilles sèches, pas d'écoulement.

L'audition — voix chuchotée : 50 cm. à gauche.

70 cm. à droite.

Guérison progressive.

OBSERVATION III

(Communiquée par D^r M. Ombredanne.)

M^{lle} V. A., âgée de 32 ans, est hospitalisée dans le service du D^r Hautant, le 24 janvier 1931.

Deux jours avant son entrée, elle a eu un début de grippe, avec de la céphalée; mais surtout des douleurs atroces des oreilles. Température 38°5.

Le 24-1-31, jour de son admission, on constate une otite grippale bilatérale aiguë, surtout marquée du côté droit.

On lui a fait une paracentèse le même jour du côté droit. Le lendemain, perforation spontanée du tympan du côté gauche.

Une caractéristique de cette otite aiguë bilatérale, c'est qu'elle s'accompagnait d'une surdité brusque presque complète, de vertiges et vomissements.

Quelques jours après, le 28-1, les vertiges et vomissements persistent toujours, en plus, on a remarqué une légère raideur de la nuque.

Une ponction lombaire a été faite le même jour.

L'examen de L. C. R. montre un liquide normal.

Albumine 0,20 gr.; 1 élément par m/m cc.; pas de germes.

A l'examen de l'oreille : écoulement de sérosité bilatérale très diminué, douleur à la pression au niveau de l'antre et à la pointe de la mastoïde.

Epreuves acoumétriques :

<i>Oreille droite</i>		<i>Oreille gauche</i>
0	voix basse	0
0,10 m.	voix haute	0,10 m.
<i>Os normal</i>	diapason 128	<i>Os normal</i>
air diminué 10"		air diminué 10"
0	diapason 435	0
	à 2048	
Raccourci	Schwabach	Raccourci
Non latéralisé	Weber	Non latéralisé
?	Rinne	+ (positif)

Epreuves nystagmiques :

Nystagmus spontané, plus marqué dans le regard latéral droit (degré 2) horizontal; moins marqué dans le regard latéral gauche (degré 1).

Déviation spontanée des index vers la gauche.

Signe de Romberg : forte instabilité.

Epreuve calorique :

<i>Labyrinthe droit :</i>	<i>Labyrinthe gauche :</i>
30 cc. d'eau à 25° :	30 cc. d'eau à 25° :
Nystagmus horizontal gauche, sans sensation vertigineuse.	Pas de nystagmus.
	60 cc. d'eau à 25° :
	Nystagmus net droit, avec sensation vertigineuse.

Conclusion : hypoexcitabilité très marquée du côté gauche.

INTERVENTION LE 29-1

Le 29 janvier, la malade a été opérée par D^r Ombredanne.

Mastoïdectomie bilatérale. A l'opération, on ne trouve aucune lésion mastoïdienne ni droite, ni gauche.

LE 2-2, A L'EXAMEN :

Labyrinthe gauche — très amélioré.

Audition : Voix basse perçue à 10 cm.

Voix haute perçue à 1 m.

Epreuve calorique : 20 cc. d'eau à 25° — nystagmus et vertiges.

Labyrinthe droit — plutôt aggravé.

Audition : Voix basse — 0.

Voix haute perçue à 10 cm.

Epreuve calorique : 30 cc. d'eau à 25° — pas de nystagmus.

LE 17-2, A L'EXAMEN :

Oreille gauche. — Audition : redevient normale.

Epreuve calorique normale.

Oreille droite. — Audition : Voix basse : 0.

Voix haute : 0,10 m.

Montre : 0.

128 : air/os 0/25"

435 : air/os 15"/15"

1024 : 0.

2048 : 0.

Epreuve calorique : 10 cc. d'eau à 25° — pas de nystagmus.

30 cc. d'eau à 25° — nystagmus net, horizontal gauche de 20".

LE 20-2, A L'EXAMEN :

Oreille gauche. — Normale.

Oreille droite. — Audition : Voix basse : 10 cm.

Voix haute : 0,50 m.

Montre : +

128 : air/os 45"/30"

435 : 40"

1024 : 30"

2048 : 30"

Epreuve calorique : 20 cc. d'eau à 21° — pas de nystagmus.

40 cc. d'eau à 21° — quelques secousses, mais vertige net.

Le 24-2, la malade quitte le service, elle revient pour les pansements quelques jours encore. L'audition ainsi que les fonctions de son labyrinthe postérieur droit sont devenues normales, progressivement, quelques jours après.

OBSERVATION IV

(Communiquée par D^r M. Ombredanne.)

M^{me} G., âgée de 60 ans, le 8 janvier 1935, à la suite d'une grippe, se déclare chez elle une otite aiguë grippale du côté gauche.

Température : 38°5 le 8-1; le 9, 39°.

Le 10 janvier, la malade présente : une insomnie complète, une douleur atroce dans l'oreille gauche avec battements et céphalée intolérable.

Dans la nuit il se produit une perforation spontanée du tympan avec écoulement séro-purulent, sanguinolent, très abondant.

A la pression : une légère douleur de la pointe de la mastoïde. Pas de signes d'une réaction méningée, bon facies, bon pouls.

Le 11 janvier, température toujours élevée : 39°, insomnie complète, céphalée diffuse atroce avec vertiges et vomissements.

A l'examen : la malade présente une douleur mastoïdo-occipitale diffuse très marquée, réaction méningée avec raideur de la nuque et signe de Kernig.

Nystagmus spontané droit (du côté opposé à l'oreille malade), horizontal rotatoire très violent de degré 3. Surdité très marquée.

Le diapason 435, non perçu par voie aérienne.

Weber : latéralisé du côté malade.

Epreuve calorique : impossible du fait de l'état d'excitation de la malade.

A la ponction lombaire : liquide clair, légèrement hypertendu, albumine 0,15 gr.; 10 éléments.

Polynucléaires, 85 %, lymphocytes, 14 %. Pas de germes, ni à l'examen direct, ni à la culture.

Première intervention. — Le 11 janvier au soir : trépanation mastoïdienne.

Epreuve calorique, faite sur la table d'opération, l'excitabilité calorique est très diminuée.

A l'ouverture de la mastoïde :

Cellules sous-corticales pleines de sérosités sanguinolentes, une grosse cellule de la pointe occupée par un caillot et une masse fongueuse. En arrivant à la traînée inter-sinuso-faciale, très ostéitique, consistance de sucre

mouillé. L'antre est profond, plein de fongosités hémorragiques.

Sinus spontanément dénudé dans sa partie moyenne.

La dure-mère cérébrale et cérébelleuse non découverte.

Examen du pus : streptocoque pur.

Suites opératoires. — 48 heures après l'opération érysipèle de la joue gauche qui s'étend, du 13 au 15, au nez et à la lèvre supérieure du côté gauche. Il franchit la ligne médiane le 17-18 et gagne la joue droite qui a guéri après 4-5 jours.

Amélioration progressive de la céphalée, diminution des phénomènes vertigineux et des nausées. La réaction méningée disparaît au bout de quelques jours, le nystagmus et les vertiges s'apaisent, mais l'audition à gauche reste pratiquement nulle.

Un mois après. — La cavité mastoïdienne suppure abondamment, la céphalée persiste. La température oscille entre 37°5 et 38. Une paralysie faciale gauche apparue le 20^e jour, se complète au bout de 48 heures.

Il n'y a pas de nouveaux vertiges.

L'audition de l'oreille gauche est nulle, surdité labyrinthique gauche.

L'épreuve calorique : avec 100 cc. d'eau froide : nystagmus spontané bilatéral, un peu plus marqué du côté droit.

Deuxième intervention. — Le 15 février : Evidemment pétro-mastoïdien.

L'évidement n'est pas complété par une intervention sur le labyrinthe.

La cavité opératoire : Le mur du facial rongé dans

tout son versant antérieur. Gros polypes de la caisse du tympan adhérent au facial.

Plastique, suture totale.

Ponction lombaire : Albumine 0,27 gr., 4 éléments, pas de germes.

Suites opératoires. — Amélioration progressive de tous les troubles.

Epidermisation normale de la caisse du tympan complète le 15 avril.

Amélioration considérable des troubles labyrinthiques.

L'audition : Le diapason 435 est perçu par voie aérienne et l'épreuve calorique devient positive au cours de pansements de la cavité de l'évidement.

CONCLUSIONS

— Nous avons rapporté les observations des quatre malades atteints de labyrinthite diffuse précoce consécutive à des otites moyennes aiguës.

— Tous ces malades ont guéri.

— Dans tous ces cas les fonctions cochléo-vestibulaires ont été complètement abolies.

— Dans aucun cas la trépanation labyrinthique n'a été nécessaire.

— Nos observations confirment l'opinion de Ramadier pour ce qui concerne la bénignité relative des labyrinthites précoces et l'absence de la trépanation labyrinthique qui doit être la règle.

— Malgré l'abolition des fonctions cochléo-vestibulaires l'audition est revenue à la normale dans trois de nos observations.

Vu : le Président de la thèse,

LEMAITRE.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BECK. — Akute eitrige labyrinthitis bei frischer akuter otitis. (Osterr. Otol. Ges. Wien, 29-11 26; Zentralbl., t. 10, f. 10.)
- BOURGEOIS et FOURNIE. — Labyrinthite séreuse et méningite séreuse au cours d'une otite aiguë. (Ann. mal. oreille, 1930.)
- GERMAN, T. — Akute Mittelohrentzündung und diffuse eitrige labyrinthitis. (Folia-oto-lary., t. 23, f. 1-2, 1932.)
- HAUTANT. — Les labyrinthites suppurées. (Lib. Baillière et Fils, 1910.)
- KOPETZKY et ALMOUR. — Contribution aux indications de l'intervention dans la labyrinthite suppurée et dans la méningite otogène. (Laryngoscope, volume XXXIX, n° 4; anal in Annal mal. oreille. Vol. II, 1930.)
- LUND. — Les indications de la labyrinthectomie dans les inflammations labyrinthiques aiguës dérivant de l'oreille moyenne. (Acto-Oto-Lary., t. 10, f. 12, 1927; Zentralbl., t. 10, f. 12, 1927.)
- MACKENZIE, George W. — Suppurative Labyrinthitis with report of cases. (Ann. of. O. R. L., vol. XXXVI, 1927.)
- NEUMANN H. — Fälle von Influenzaotitis mit Labyrinth-Symptomen und Ausgang in Taubheil. (Osterr. Oto. Ges. Wien, 1927.)

RAMADIER, J. — Indications thérapeutiques dans les labyrinthites aiguës au cours des otites aiguës. (Ann. mal. oreille, vol. XLVI, 1927.)

RAMADIER, J. — Indications thérapeutiques dans les labyrinthites infectieuses otogènes. (Ann. d'Oto-laryngol., t. I, 1931.)

RUTTIN. — Die konservative und chirurgische Behandlung der Labyrinthenzündungen mit besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung. (Zeitscher. f. Hals, vol. XVII, 1927.)

SCHMIDT, Viggo. — De l'œdème du labyrinthe dans les suppurations aiguës de l'oreille moyenne. (Acta-oto-laryngol, vol. X, 1927.)

TURNER et FRASER. — Labyrinthite, complication de suppuration de l'oreille moyenne. Traitement et Résultat. (Jou. of. laryngol., t. XLVII, 1932.)

ZANGE. — Die konservative und chirurgische Behandlung der entzündlichen Erkankungen des Innenohrens mit besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung. (Zeitscher. f. Hals, etc., vol. XVIII, 1927.)

1425. — Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-35.
